

I sykehus med et høyt antall kirurgiske prosedyrer kan man sannsynligvis oppnå bedre resultater. Men beredskapen kan fort forringes hvis sentraliseringen drives for langt.

Hva er mange og når er det nok?

Kravet om flere kirurgiske prosedyrer per sykehus og per kirurg vil føre til sentralisering og true pasienttilbudet ved mindre sykehus. Motivet bak kravet er bedre kvalitet, ut fra den kjensgjerning at gode kirurgiske ferdigheter forutsetter tilstrekkelig øvelse. I dette nummer av Tidsskriftet presenterer forskere ved Kunnskapsenteret i Folkehelseinstituttet en kunnskapsoppsummering om sammenhengen mellom antall prosedyrer (volum) og kvalitet (resultat) ved operasjon for abdominalt aortaaneurisme (1). I tråd med tidligere studier fant Austvoll-Dahlgren og medarbeidere fallende mortalitet og færre komplikasjoner med økende volum. De hevder at funnene kan benyttes som beslutningsstøtte ved organisering av helsetjenesten.

Sammenhengen mellom volum og kvalitet når det gjelder operasjoner av abdominale aortaaneurismer i Norge ble beskrevet av Amundsen og medarbeidere allerede i 1990 (2). Korrelasjonen mellom økende erfaring med prosedyrer og stigende kvalitet er logisk – øvelse gjør mester. Gode kirurgiske resultater er da også et felles ønske for pasienter og kirurger. Men ofte skapes det et feilaktig inntrykk av en uendelig rettlinjet økning i kvalitet med økende volum. Intuitivt kan man lett konkludere at det beste for en liten norsk befolkning er å samle noen kirurgiske prosedyrer ved ett eller to sentre, slik investor Stein Erik Hagen har foreslått for prostatakreftoperasjoner (3).

«En operasjon er bare å spise jordbærene», som en eldre kollega uttrykte det, «men husk at først må bærene plukkes og renses, og etterpå skal det ryddes og vaskes opp». Alle ledd i forløpet må ha høy kvalitet. En sentralisering av hele pasientforløp vil imidlertid medføre betydelig reisetid for mange. Dersom universitetssykehusene ikke skal drukne i pasienter, er man avhengig av fungerende lokalsykehus. Blir de kirurgiske oppgavene der borte, blir også kirurgene borte – og det faglige tilbudet vil forvitne. Ferdigheter til å ivareta akutte prosedyrer trenes gjennom elektiv kirurgi, slik at sykehusene også vil risikere å miste nødvendig kompetanse. Kostnadene for sammenlignbare DRG-er er i dag jevnt over høyere ved universitetssykehusene, slik at en og samme behandling som oftest er dyrere allerede før man legger til transportkostnadene.

Innføringen av perkutant stentgraft har revolusjonert behandlingen av abdominale aortaaneurismer. Prosedyren stiller økte krav til utstyr og spesialkompetanse. I en fersk analyse fra Medicare i USA var det imidlertid ingen assosiasjon mellom volum og mortalitet ved denne typen behandling, i motsetning til ved åpen operasjon (4). Like interessant er det at 89 % av norske pasienter allerede behandles i sykehus som, med samme inndeling etter antall operasjoner som i den amerikanske studien, tilhører de to øverste kvintilene. Også for prostatakirurgi er volumene ved norske sykehus høye sammenlignet med amerikanske (5, 6). Så kanskje er ikke behandlingsvolumene ved norske sykehus uforsvarlig små?

Et fremtredende funn i kunnskapsoversikten er den dårlige kvaliteten på studiene om forholdet mellom volum og kvalitet. Ganske ofte var de basert på mangelfulle registerdata (1). En kvalitetsstudie av data fra Norsk karkirurgisk register i 2005 avdekket systematisk underrapportering av mortaliteten på opp mot 30 % etter operasjon

av abdominale aortaaneurismer (7), og i dag rapporteres kun 78 % av utførte inngrep (8). I en studie om norsk prostatakreftekirurgi fra 2013 påviste man sjeldnere kreft i snittflaten ved høyt operasjonsvolum (9). At høyvolumsykehusene i studien hadde yngre og mer velutdannede pasienter og at høyt volum ikke innvirket på forekomsten av postoperativ urinlekkasje, ble imidlertid lite vektlagt.

Man kan ikke fjerne kirurgiske tilbud fra sykehus uten å ta stilling til effekten på det helhetlige pasienttilbudet. Dersom man for eksempel ender opp med et dårligere tilbud til pasienter med kritisk iskemisk karsykdom, vil marginale gevinster av sentralisert behandling av abdominalt aortaaneurisme fort forsvinne. Karkirurgi er del av den generelle kirurgiske beredskapen som vil måtte ivaretas av flere kirurgiske spesialiteter ved akuttisykehusene. Dette kan kreve et større pasientgrunnlag for disse sykehusene enn tidligere. For å sikre et godt pasienttilbud må imidlertid ønsket behandlingsvolum avveies mot muligheter for rekruttering av dyktige fagfolk, geografiske avstander, kostnader til bemanning og utstyr samt konsekvenser for sykehusenes generelle beredskap.

Erik Skaaheim Haug
erik.haug@siv.no

Erik Skaaheim Haug (f. 1967) er urolog ved Sykehuset i Vestfold og forsker ved Institutt for kreftgenetikk og informatikk, Oslo universitetssykehus. Han har en doktorgrad på resultater etter kirurgi for abdominalt aortaaneurisme og leder referansegruppen til Prostatakrefteregisteret (KRG) og Norsk blærekreftgruppe under Norsk urologisk cancergruppe. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

1. Austvoll-Dahlgren A, Underland V, Straumann GH et al. Pasientvolum og kvalitet ved kirurgi for abdominale aortaaneurismer. Tidsskr Nor Legeforen 2017; 137: 529–37.
2. Amundsen S, Skjaerven R, Trippstad A et al. Abdominal aortic aneurysms. Is there an association between surgical volume, surgical experience, hospital type and operative mortality? Members of the Norwegian Abdominal Aortic Aneurysm Trial. Acta Chir Scand 1990; 156: 323–7.
3. TORP. Stein Erik Hagen. Oslo: NRK, 2016. <https://tv.nrk.no/serie/torp/nfa52021616/16-02-2016> [16.2.2017].
4. Zettervall SL, Schermerhorn ML, Soden PA et al. The effect of surgeon and hospital volume on mortality after open and endovascular repair of abdominal aortic aneurysms. J Vasc Surg 2017; 65: 626–34.
5. Nasjonalt kvalitetsregister for prostatakreft. Årsrapport 2015. Oslo: Kreftregisteret, 2016. www.kreftregisteret.no/globalassets/publikasjoner-og-rapporter/arsrapporter/publisert-2016/arsrapport-2015-prostatakrefte.pdf [21.3.2017].
6. Savage CJ, Vickers AJ. Low annual caseloads of United States surgeons conducting radical prostatectomy. J Urol 2009; 182: 2677–9.
7. Haug ES, Romundstad P, Saether OD et al. Quality of data reported on abdominal aortic aneurysm repair—a comparison between a national vascular and a national administrative registry. Eur J Vasc Endovasc Surg 2005; 29: 571–8.
8. Norsk karkirurgisk register – NORKAR. Årsrapport for 2015 med plan for forbedringstiltak. Trondheim, NORKAR, 2016. <https://stolav.no/Medisinske kvalitetsregistre/NORKAR/Norkar-arsrapport-19102016.pdf> [21.3.2017].
9. Steinsvik EA, Axcrone K, Angelsen A et al. Does a surgeon's annual radical prostatectomy volume predict the risk of positive surgical margins and urinary incontinence at one-year follow-up? Findings from a prospective national study. Scand J Urol 2013; 47: 92–100.

Publisert først på nett.